

FERNAND GELAS

Docteur en Médecine

2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ASTHME
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

PARIS

IMPRIMERIE GROU-RADENEZ

41, rue de Sèvres, 41

1932

**Contribution à l'Étude
de
L'Asthme d'origine Appendiculaire**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547521_0049

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR LE

Docteur FERNAND GELAS

né le 24 février 1907, à Montluçon (Allier)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE de L'ASTHME D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Président : M. E. SERGENT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE GROU-RADENEZ
11, rue de Sèvres, 11

1932

LE DOYEN . . . BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	MARION.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmo'ogique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propéputique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Pofesseurs sans chaire.	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâtrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie médicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie-psychiâtrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER. . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.

MM.	
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

faible hommage de ma profonde reconnaissance et de ma filiale affection.

A MA FEMME

dont la sincère affection m'a été d'une grande aide pour l'achèvement de mes études.

A MES BEAUX-PARENTS

avec ma plus profonde affection.

A MON BEAU-FRÈRE

A Monsieur et Madame ALEXANDRE MANSAT

*avec toute ma reconnaissance et ma plus
affectueuse amitié.*

A MON FILLEUL

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ÉMILE SERGENT

Professeur de Clinique médicale propédeutique à la Faculté

Médecin de l'Hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, hommage de mes sentiments les plus respectueux et reconnaissants.

Au Docteur THEILLIER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé de ses conseils. Qu'il veuille bien trouver dans ce modeste travail l'assurance de notre entier dévouement, et l'hommage de notre reconnaissance pour la constante bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Au Docteur HENRI DUFOUR

Médecin des Hôpitaux de Paris

En témoignage de notre profonde gratitude pour son précieux enseignement pendant l'année passée dans son service.

Au Docteur G. PATURET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Professeur à l'École de Médecine de Clermont-Ferrand

avec mes sentiments de reconnaissance respectueuse pour la grande sollicitude dont il a fait preuve à notre égard.

Au Docteur H. CLÉRET

Directeur des Services d'Hygiène de la Ville de Montluçon

*en témoignage de reconnaissance pour
l'intérêt qu'il nous a toujours porté.*

Au Docteur LONJUMEAU

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

*qu'il trouve ici nos remerciements pour
ses conseils précieux.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

Professeur CASTAIGNE

Docteur PATURET

Docteur LEPETIT (*in memoriam*)

Docteur DIONIS DU SÉJOUR

Hôtel Dieu de Clermont-Ferrand,

Professeur NOBECOURT

Professeur HARVIER

Externat :

Docteur MAGITOT

Docteur DUFOUR

Docteur FLANDIN

Docteur LEHELLE

Hôpital Saint-Joseph :

Docteur MESLAY

Docteur RENDU

Docteur FERRAND

INTRODUCTION

Avant d'étudier les cas que nous avons observés, nous rappellerons que le point de départ appendiculaire, l'épine irritative appendiculaire de la crise d'asthme, est connue depuis longtemps. En effet, nous retrouvons dans la thèse de M. ROCHER (Paris 1912), trois observations de DELAGENNIÈRE sur l'appendicite chronique et l'asthme. En 1914, M. GUTMANN, parlant des formes à surprise de l'appendicite chronique, signale les formes à manifestations asthmatiformes. Enfin, en 1920, le même auteur consacre une étude sur l'asthme appendiculaire.

Mais ce point de départ abdominal n'est sans doute pas recherché de façon systématique, en effet :

- a) le nombre relativement petit de cas publiés;*
- b) sa fréquence quand on veut y penser et le rechercher en sont une preuve.*

A l'appui de cette opinion, nous apportons deux cas récents et inédits, observés chez des malades soignés depuis longtemps pour des phénomènes asthmatiformes et chez qui l'origine vraisemblablement appendiculaire de cette asthme a été découverte:

- une fois à l'occasion d'un examen fortuit;*
- deux fois à l'occasion de poussées subaiguës qui ont incité à un interrogatoire rétrospectif.*

Parmi ces épines abdominales, l'appendice est au premier plan, et c'est lui qui sera l'objet de cette étude.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — Madame G..., 36 ans.

Présente, dans la nuit du 9 au 10 octobre 1932, des phénomènes douloureux abdominaux, accompagnés d'un vomissement jaune-verdâtre et d'une poussée thermique à 38°5. L'examen pratiqué le lendemain matin montre des signes indiscutables d'appendicite subaiguë : point douloureux fixe dans la fosse iliaque droite, contracture pariétale nette et peu étendue, hyperesthésie cutanée, limitation de l'hyperextension passive de la cuisse sur le bassin.

La température est à 38°, le pouls à 100.

Cette malade présente en outre une dyspnée avec respiration sifflante, et malgré la douleur abdominale, reste à demi-assise dans son lit. L'auscultation ne montre que des sibilances diffuses, étendues aux deux poumons, quelques inspirations plus profondes provoquent une quinte de toux suivie d'une dyspnée à type asthmatiforme.

L'interrogatoire nous apprend que cette malade est en effet, sujette depuis deux ans à des crises dyspnéiques analogues, qui ont donné lieu à des essais répétés et thérapeutiques à peu près infructueux : régime végétarien, iodures, tentatives de désensibilisation. A noter l'absence de signes radiologiques pulmonaires, l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Bien plus, les crises sont allées en augmentant en fréquence, en durée et en intensité, et seules, actuellement, les injections d'éphédrine ou d'évartmine calment la malade.

Un interrogatoire plus serré permet à la malade de retrouver un épisode abdominal douloureux, mais peu marqué, remontant à deux ans environ et sans l'affirmer nettement, croit se souvenir que ce léger épisode, oublié depuis, est à peu près contemporain des premières manifestations respiratoires.

Depuis cette date, l'asthme a dominé la scène, et, malgré l'existence fugace d'un léger endolorissement de la fosse iliaque droite, a seul retenu l'attention de même qu'une modification des digestions devenues difficiles, mais attribuées aux troubles broncho-pulmonaires.

La coïncidence entre les troubles thoraciques et abdominaux paraissant dignes de retenir l'attention, l'examen abdominal est repris : à une nouvelle palpation un peu appuyée, succède à nouveau une gêne respiratoire plus marquée.

On décide alors, étant donné l'aspect peu alarmant de la crise appendiculaire, de tenter, sous surveillance stricte, un refroidissement.

Dans les jours qui suivent, la température baisse progressivement, la douleur s'atténue, aucun vomissement nouveau, seul persiste un état nauséux.

L'intervention est alors décidée et pratiquée le 22 octobre 1932.

Anesthésie locale à la novocaïne à 1/200 pour les plans profonds, à 1/100 dans le derme. Incision de Mac Burney. L'appendice est attiré : il est scléreux, épaissi et présente à sa pointe un reliquat de phénomènes congestifs. Des tiraillements prudents n'amènent qu'une légère douleur, mais ne réveillent aucune gêne respiratoire. Infiltration novocaïnée du méso. Appen-

dicetomie avec enfouissement. Suture en trois plans. Fermeture en 8 de chiffre aux crins, de l'aponévrose et de la peau.

Suites très simples : la gêne respiratoire s'atténue considérablement dès le premier jour et davantage encore le second. Le troisième jour, la malade se lève jusqu'à son fauteuil. Il ne persiste que quelques phénomènes de bronchite atténuée avec léger emphysème.

Sortie au 8^e jour, la malade est revue le 10 décembre. Les crises asthmatiformes ont complètement disparu. L'état général s'est considérablement amélioré. La malade, très amaigrie, a repris plusieurs kilos.

OBSERVATIONS 2. — Mlle B..., 21 ans.

L'observation 2 est presque superposable à l'observation 1.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, amenée à consulter le 28 octobre 1932, pour des symptômes douloureux de la fosse iliaque droite, accompagnés de nausées et d'une fièvre légère à 38°.

L'examen montre des signes évidents d'inflammation appendiculaire : point douloureux au Mac Burney, légère contracture de la paroi à ce niveau, hyperesthésie cutanée, limitation de l'hyperextension passive de la cuisse sur le bassin.

Cette crise douloureuse est la première en date, et cette jeune fille n'a présenté dans le passé d'autres épisodes pathologiques que des troubles respiratoires à type asthmatiforme.

Ces troubles, assez nets depuis un an, se sont accentués assez brusquement depuis trois semaines, mais l'élément abdominal aigu ne remonte qu'à 24 heures.

C'est alors que par l'interrogatoire on apprend que des crises abdominales légères ont précédé le début des phénomènes respiratoires.

L'intervention est conseillée, et l'espoir donné aux parents que l'ablation de l'appendice pourra influencer favorablement les troubles respiratoires.

La malade est mise au repos avec vessie de glace sur la fosse iliaque droite pendant trois jours. La température cède. Un B. W. pratiqué se montre négatif. La recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative.

L'intervention est pratiquée le 3 novembre 1932, sous anesthésie au chloroforme. Incision de Mac Burney. L'appendice est attiré et se montre congestif à la pointe, d'aspect normal à la base. On pratique l'appendicectomie avec enfouissement. Suture en trois plans. Fermeture habituelle en 8 de chiffre, aux crins, de l'aponévrose et de la peau.

Les suites opératoires sont très simples. Les phénomènes respiratoires s'atténuent dès le premier jour et disparaissent dans les jours qui suivent. La malade est levée au bout de 48 heures, sort le 8^e jour.

Revue le 8 décembre, les crises asthmatiformes ont complètement disparu. L'état général très amélioré.

Nous rappellerons à présent les observations résumées de DELAGENNIÈRE, publiées dans la thèse de ROCHER. *62 1930 7*

OBSERVATION 1. — M. R... M..., 34 ans.

A. H. Père mort à 53 ans de complications pulmonaires d'origine grippale. Mère, frères et sœurs bien portants.

A. P. — Très bonne santé jusqu'au service militaire. Au régiment, crise abdominale douloureuse, rapide

et non diagnostiquée sur le moment. Cette crise a été surtout marquée par des coliques et du ballonnement du ventre. Vers 25 ans, deux petites crises nettes d'appendicite. Depuis, constipation habituelle.

Quelques temps après, le malade présente une première crise d'asthme pur avec ballonnement abdominal. Par la suite et de plus en plus fréquemment, le malade éprouve les mêmes crises, toujours à peu près à la même heure, 4 ou 5 heures après le repas du soir. Ces crises sont caractérisées par une sensation de ballonnement d'abord, bientôt suivie de la crise d'asthme classique. Ces crises se prolongent plus au moins dans la journée du lendemain, laissant une langue sale et un endolorissement dans la fosse iliaque droite. Elles deviennent de plus en plus fréquentes, plus prolongées et plus intenses. Les crises augmentent toujours et, à la suite d'une plus violente avec point de Mac Burney très net, l'opération est décidée. Au cours de cette intervention, lorsqu'on saisit l'appendice avec une pince, il se produit des phénomènes respiratoires avec respiration stertoreuse, sifflante. Après section de l'appendice l'oppression cesse. Les suites opératoires sont normales. Les crises d'asthme ont complètement disparu après cette intervention.

OBSERVATION II. — Mme E. C..., 29 ans.

Rien de ses antécédents ni héréditaires ni personnels.

Cette malade souffre depuis quelques années de douleurs dans l'abdomen qui parfois, affectent la forme de crise. Pendant la crise, l'endroit le plus douloureux répond au point Mac Burney. Bientôt apparaissent des étouffements, qui augmentent en fréquence et en intensité et deviennent de véritables accès d'op-

pression qui ne tardent pas à revêtir la forme de crise d'asthme. Cet accès ne survient que pendant la période de crise abdominale, et jamais il n'y a eu de crise d'asthme en dehors de ces crises abdominales.

L'appendicectomie a été pratiquée et après cette intervention la malade n'a plus présenté aucune crise d'asthme.

OBSERVATION III. — Mme C..., âgée de 30 ans.

Est entrée à l'hôpital pour des pertes utérines occasionnées par des kystes ovariens. Poumons et cœur normaux, rien dans les urines. A l'examen gynécologique, on trouve une petite tumeur dans le Douglas, rien au col, rien à l'utérus. Hystérectomie totale, suites opératoires normales. De retour chez elle, elle ressent quelques temps après, des coliques se terminant par une évacuation liquide. De plus, elle souffre constamment de sa fosse iliaque droite. A ce moment il est diagnostiqué un point appendiculaire. C'est deux mois après l'apparition de ces coliques qu'apparaissent les crises d'étouffement qui la prennent la nuit. Ces crises se répètent de plus en plus et sont toujours déclenchées à l'occasion de coliques plus violentes. Elles prennent nettement le type d'asthme classique. L'appendicectomie a été pratiquée deux mois après le début de ces crises d'asthme. Les suites opératoires ont été normales et les phénomènes respiratoires ont complètement disparu.

SYMPTOMATOLOGIE DE L'ASTHME

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Nous allons étudier maintenant la crise d'asthme dont l'épine irritative est l'appendice. Ce qui domine, c'est l'élément respiratoire, le tableau abdominal se trouve masqué par lui.

LA CRISE D'ASTHME, comme toutes, est nocturne. Le début est brusque, en pleine nuit, en plein sommeil, le malade est réveillé entre minuit et trois heures du matin. Au bout de quelques minutes, gêné pour respirer, le malade est obligé de s'asseoir, puis de se lever. Cette crise va évoluer en deux phases :

a) *phase dyspnéique sèche :*

L'oppression est intense, dramatique: tantôt immobile, tantôt marchant dans la chambre pour ouvrir la fenêtre et chercher l'air, le malade, incliné en avant, met en jeu toute sa force pour respirer plus ample-ment.. Sa bouche est entr'ouverte, ses yeux brillants, sa face livide et recouverte de sueurs, exprime l'an-goisse, ses muscles du cou sont contracturés, visibles; des quintes courtes et espacées de toux sèche augmen-tent l'oppression. C'est une *dyspnée expiratoire avec bradypnée* et cette inversion du rythme normal est caractéristique.

L'examen est difficile chez ce malade haletant :

- Le thorax est dilaté souvent, et immobile.
- La sonorité est normale ou exagérée.
- L'auscultation montre souvent des râles sonores, disséminés, ronflants et sibilants, parfois silence complet par blocage du thorax en inspiration forcée.

Notons quelques signes négatifs :

- Il n'y a pas de point de côté.
- Le pouls reste bien frappé, régulier, peu accéléré.
- La température ne dépasse pas 37° 5.

b) *phase catarrhale* :

Survient au bout de quelques minutes ou quelques heures; l'oppression diminue, la toux devient un peu grasse et ramène *quelques crachats perlés.*, habituellement peu nombreux, ils sont blancs, grisâtres, demi-transparents, pelotonnés et gluants; l'examen de ces crachats à la fin de la crise montre :

- A côté de mucus sans aspect réticulé au microscope,
- et de cellules bronchiques presque intactes,
- de nombreux *éosinophiles*, tantôt altérés tantôt intacts et quelquefois : type de poly-éosinophiles du sang, cellules éosinophiles à noyaux multilobés pycnotiques;

Mais surtout des *cellules éosinophiles mononuclées.*

A cette phase, les signes d'auscultation deviennent plus nets. On aperçoit souvent à distance de gros râles bronchiques sonores, nombreux, ronflants et sibilants. Il n'est pas rare de constater que le catarrhe déborde sur les yeux qui pleurent, sur le nez qui coule.

Enfin, signature de l'asthme, l'examen du sang au début de la crise et pendant la crise, montre une éosinophilie, jusqu'à 10 % d'éosinophiles.

Cette crise dure de 2 à 4 heures, et se termine avant le jour. Mais il est fréquent de voir la crise d'asthme se renouveler les nuits suivantes, tantôt aussi intense, tantôt atténuées.

Ces crises, calmées comme toutes les crises d'asthme, par l'évatmine, éphédrine, etc... se répètent pendant de longues années. Aussi, est-il très important de chercher à dépister l'épine irritative de ces accès afin d'instituer un traitement qui amènera la guérison de ces malades. Dans le cas qui nous intéresse, ces phénomènes asthmatiformes s'accompagnent en effet, d'un élément important : des manifestations abdominales que l'on doit rechercher de parti pris chez tout malade, présentant des crises d'asthme et chez lesquels l'examen des poumons se montre négatif.

Par l'interrogatoire, par l'examen de l'abdomen, par la radiologie, nous arrivons à dépister un tableau d'appendicite légère. d'appendicite le plus souvent chronique. Ce sont des malades qui accusent : le plus souvent une sensation de pesanteur, de gêne, de tension dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont permanentes avec des exacerbations. De plus, on note :

- une constipation chronique, entrecoupée de diarrhée subite,
- de l'amaigrissement,
- une perte de l'appétit,
- fétidité de l'haleine le matin,
- langue saburrale,
- des nausées, parfois vomissements alimentaires,

— faciès pâle, fatigué, parfois température vespérale à 37° 8, 38°.

L'examen de ces malades va montrer :

— à la palpation superficielle, parfois une légère douleur localisée à la région de Mac Burney.

— surtout, à la palpation profonde, la douleur au point de Mac Burney, à un pouce et demi ou deux pouces de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, sur le trajet d'une ligne menée de cette épine à l'ombilic. LANZ place le point douloureux au tiers de la ligne bis-iliaque. Cette douleur iliaque droite est le signe capital. Enfin, signalons que cette douleur peut être provoquée par la compression du côlon iliaque et l'exagération de la tension des gaz dans le gros intestin.

L'examen montre également la limitation de l'hyperextension passive de la cuisse sur le bassin (forme rétro-coecale).

La radio doit être faite de parti pris. On examinera le transit intestinal 3 ou 4 heures après l'ingestion de bouillie barytée et on complètera par un lavement baryté au moment de l'examen. On trouve :

- a) Le point douloureux appendiculaire,
- b) un coecum qui s'infiltré mal et qui est fixé, donc à priori pathologique.
- c) une stase dans l'iléon terminal (par coudure inflammatoire).

On en profitera pour jeter un coup d'œil sur les autres organes, en particulier les poumons, afin d'éliminer toute autre lésion ayant pu déclancher la crise d'asthme.

C'est cette crise appendiculaire légère qui déclenche les phénomènes asthmatiques. Voyons maintenant comment vont évoluer l'une et l'autre :

- la crise abdominale se calme et l'asthme persiste,
- puis, sur un fond continu, chronique, surviennent de nouvelles crises abdominales souvent très frustes, mais renforçant les phénomènes respiratoires.

Dans l'ensemble, la symptomatologie de l'asthme d'origine appendiculaire se résume à un tableau d'appendicite chronique masqué par l'importance de l'élément respiratoire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'asthme d'origine appendiculaire est basé avant tout sur :

1° L'état asthmatique dont ne rend compte aucun élément broncho-pulmonaire pouvant expliquer une épine irritative de ce côté.

2° La recherche systématique dans ce cas d'un trouble abdominal.

Nous insisterons de plus sur ce fait important, c'est que les asthmes d'origine appendiculaire sont des asthmes le plus souvent tard venus. (Obs. 1 et 2 et observations de DELACENNIÈRE). Cet élément doit inciter un examen très complet du malade, et la recherche d'un élément organique très éloigné du thorax. Cette recherche systématique permettra souvent de constater l'existence de symptômes associés à l'asthme, symptômes abdominaux, et de retrouver une origine appendiculaire (obs. 1 et 2 et de DELACENNIÈRE).

Chez ces malades, par l'interrogatoire on retrouve : les troubles digestifs, une constipation habituelle, de petites crises douloureuses dans la fosse iliaque droite; ce sont ces crises, souvent minimes, qui, toujours présentes au moment des crises d'asthme, sont le meilleur signe pour faire le diagnostic de cette forme appendiculaire. Si l'on n'est pas appelé à voir le malade dès le début de ces crises, l'inflammation

de l'appendice rentre dans l'ombre, mais les phénomènes asthmatiques vont apparaître. « Le malade est devenu asthmatique, en devenant appendiculaire ». (ROCHER).

C'est donc l'interrogatoire qui va nous permettre souvent de retrouver cette notion étiologique qui commande dès lors un examen clinique approfondi de l'abdomen : douleur dans la fosse iliaque droite avec légère défense musculaire, limitation de l'hyperextension de la cuisse sur le bassin, etc.

Parfois, dans l'intervalle des accès d'asthme, on pourra par la pression dans la fosse iliaque droite, provoquer des accès ou des ébauches d'accès, ce qui viendra fixer le diagnostic.

L'examen sera toujours complété par la radio : point douloureux appendiculaire à la pression sous écran. Signalons que de même qu'à l'examen clinique, de même sous l'écran, en palpant l'emplacement exact de l'appendice, on a pu déclencher une respiration asthmatiforme (DELACENNIÈRE).

Tel est le tableau clinique et radiologique déclenchant la crise d'asthme.

En résumé, le diagnostic se basera sur la coexistence de signes cliniques et radiologiques d'appendicite chronique secondairement ou d'emblée et d'un asthme tard venu à étiologie non connue.

Enfin, signalons que, parfois seulement, le diagnostic est posé par hasard : malade opéré d'appendicite aiguë et chez lequel disparaissent les crises d'asthme. (Diagnostic rétrospectif).

Le diagnostic différentiel ne se pose pas en général en effet, la coïncidence de la douleur appendiculaire avec les accès d'asthme, ne peut prêter à confusion.

Cependant, on désigne souvent la forme pseudo-tuberculeuse de l'appendicite sous le nom d'appendicite chronique à forme pulmonaire (forme de FAISANS), qui sont deux formes différentes. En effet, l'amaigrissement très rapide est un signe capital dans la forme pseudo-tuberculeuse, tandis que dans la forme asthmatique l'amaigrissement peut se voir, mais jamais à un degré aussi prononcé. La toux, sèche, quinteuse, sans expectoration, qui fait soupçonner la tuberculose, manque dans la forme asthmatique; de plus, l'asthénie, les douleurs thoraciques, la dyspnée, la fièvre, les sueurs nocturnes complètent le tableau de la forme pseudo-tuberculeuse. De même, on pourrait porter à tort le diagnostic d'appendicite chronique à forme asthmatique chez des malades appendiculaires banaux présentant des crises d'asthme non imputables à l'appendice. Mais, dans ce cas, les accès ne coïncident pas avec les crises appendiculaires et ne varient pas comme intensité avec elles.

PATHOGENIE

Parmi les nombreuses pathogénies qui ont été décrites à propos de l'asthme, nous allons essayer d'étudier celle qui pourrait expliquer le cas que nous avons cité.

L'asthme, d'origine appendiculaire, peut rentrer dans la catégorie de ce que MARTINET appelait les *asthmes symptomatiques mixtes*, c'est-à-dire dans lesquels on trouve :

1) une prédisposition réactionnelle broncho-spasmodique, diathésique, souvent héréditaire et semblable à celle que l'on trouve dans l'asthme essentiel.

2) une cause provocatrice — ici l'appendicite chronique — quelquefois à rechercher, car moins évidente, mais qui, identique, ne serait pas asthmatiforme chez un sujet non prédisposé (neuro-arthritique le plus souvent).

La crise de suffocation paraît résulter d'une excitation du pneumogastrique (para-sympathique) chez des malades prédisposés qui sont donc avant tout, des hypervagotoniques. Chez ces malades il existe parfois une fragilité de l'équilibre humoral qui fait que la cause provocatrice de l'asthme amène alors une crise hémoclasique caractérisée par :

- une chute de la tension artérielle
- de la leucopénie
- un retard de la coagulation sanguine.

Mais le plus souvent l'asthme réflexe existe sans intervention de la crise hémoclasique, si importante pour l'école WIDAL dans l'asthme essentiel.

Cependant, ces notions, pour si importantes qu'elles soient, ne sont pas tout dans la genèse de l'asthme. Il faut qu'il y ait une lésion de sclérose pulmonaire cicatricielle ou active, liée à des causes multiples (tuberculose fibreuse, séquelles de gaz toxiques, syphilis acquise ou héréditaire, etc.).

Cette sclérose pulmonaire présente dans sa symptomatologie chez certains individus à vives réactions nerveuses, à sensibilité spéciale pour certaines irritations toxiques, exogènes ou endogènes — réflexe à point de départ appendiculaire comme c'est le cas ici — des crises paroxystiques respiratoires appelées crises d'asthmes : leurs réactions nerveuses se « *cristallisent* » (BESANÇON et DEJONG) pour ainsi dire autour de cette épine pulmonaire qui la fixe sur cet appareil.

En résumé, il nous semble donc que trois facteurs soient nécessaires pour provoquer la crise d'asthme :

- l'hypervagotonie
- une cause déclanchante provocatrice, ici l'appendicite chronique
- la sclérose pulmonaire.

TRAITEMENT

Des conclusions pathogéniques que nous venons d'énoncer nous en déduirons le traitement. Ce traitement sera donc avant tout chirurgical puisque supprimant l'épine irritative : l'appendice, nous supprimons la cause déclanchante.

Mais avant d'être sûr que cette cause est bien l'appendice, nous aurons souvent recours au traitement médical de la crise d'asthme. Ce traitement médical sera conduit de la manière suivante :

1° Soit par action sur le vague par inhibition de ses terminaisons bronchiques. Pour cela nous emploierons :

Atropine. Belladone. Teinture de lobélie. Hyosciamine. Inhalations. Poudre et cigarettes antispasmodiques.

2° Soit par action sur le centre respiratoire bulbaire broncho-constricteur; parmi ces inhibiteurs bulbaires citons : la Morphine, le Chloral.

3° Soit par inhibition des muscles bronchiques en excitant le sympathique, antagoniste du pneumogastrique, par Adrénaline, Ephédrine, Evatmine.

Mais le traitement le plus important, puisque supprimant la cause déclanchante il supprime l'asthme, c'est le traitement chirurgical.

Avant l'intervention il sera bon d'examiner le poumon, le cœur, les reins, faire un B. W., dosage de l'urée sanguine, afin d'être dans les meilleures conditions opératoires.

L'anesthésie sera de préférence une anesthésie locale, novocaïne à 1/200 pour les plans profonds et à 1/100 pour le derme. On choisit de préférence ce mode d'anesthésie car ces malades sont plus ou moins des pulmonaires. Mais si l'on est obligé d'avoir recours à l'anesthésie générale, il sera préférable d'employer le chloroforme.

On pratiquera l'une des incisions classiques. On recherchera l'appendice, en le pinçant on observera s'il y a ou non des manifestations pulmonaires consécutives que l'on trouve parfois (observations de DELAGENNIÈRE). On fera l'appendicectomie avec enfouissement — destruction des adhérences possibles, vérification de tout le carrefour : iléon-cæcum; suture des plans profonds et de la peau. Le lever sera aussi précoce que possible étant donné la fragilité broncho-pulmonaire de ces malades.

Dans les suites opératoires, on note soit la cessation brusque des crises dès le premier jour (obs. 1), soit cessation progressive en quelques jours (obs. 2).

Mais toujours ces malades bénéficieront favorablement de l'intervention chirurgicale qui amènera leur guérison.

CONCLUSIONS

I. — L'asthme d'origine appendiculaire n'est pas une rareté. Chez tout asthmatique chez lequel on ne trouve pas d'épine irritative thoracique, l'examen abdominal doit être pratiqué.

II. — L'asthme survient toujours après l'appendicite. Les crises d'asthme sont réglées par les crises appendiculaires qui peuvent être frustes, mais qui renforcent toujours les phénomènes respiratoires.

III. — Dans l'ensemble, la symptomatologie de l'asthme d'origine appendiculaire se résume à un tableau d'appendicite chronique, masqué par l'importance de l'élément respiratoire.

IV. — Le diagnostic est basé surtout sur la coexistence des signes cliniques et radiologiques d'appendicite chronique et d'un asthme tard venu à étiologie non connue.

V. — Dans cette forme, trois facteurs semblent nécessaires pour provoquer la crise d'asthme :

— l'hypervagotonie

— la cause déclanchante : l'appendicite

— la sclérose pulmonaire.

VI. — Le traitement sera donc avant tout chirurgical, appendicectomie, qui, supprimant l'épine irritative, entraînera la guérison de ces malades.

Vu : *le Président de Thèse*
E. SERGENT

Vu : *le Doyen de la Faculté
de Médecine*
BALTHAZARD

Vu : *le Recteur de l'Académie de Paris*
S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- BRIN. — Appendicite chronique d'emblée. *Gazette des Hôpitaux* 1909, N^{os} 27 et 30.
- BRUN. — Appendicite chronique. *Presse Médicale*, 30 Mars 1898.
- FAISANS. — De l'appendicite chronique simulant la tuberculose. *Bulletin de la Soc. médicale des Hôpitaux*, 2 février 1911.
- GÉRARD. — Causes de l'asthme. *Thèse de Paris*, 1904.
- GUTMANN. — Les formes à surprise de l'appendicite chronique. *Paris* 1914.
- GUTMANN. — Asthme appendiculaire. *Presse Médicale*, 3 novembre 1920.
- HUCHARD. — Médications alimentaires de l'asthme dit « nerveux ». *Journal des Praticiens* 1896, p. 113.
- LE NOIR. — Asthme. *Traité de Médecine de Gilbert et Thoinot*.
- LÉOPOLD LÉVY. — Asthme et glandes endocrines. *L'Esprit Médical*, juillet à novembre 1932.
- MONCORGE. — Asthme et hépatalgie. *Lyon Méd.* 1907.
- PASTEUR VALLERY-RADOT et FRANÇOIS CLAUDE. — L'asthme bronchique. *G. Doin, Editeurs*.
- PASTEUR VALLERY-RADOT, GAUCHER et ALBEAUX-FERNET. — Conceptions pathogéniques et traitement actuel de l'asthme. *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1932, N^o 59.
- ROCHER. — Asthme et appendicite chronique. *Thèse de Paris*, 1912.

- SÉDILLOT. — Asthme, uricémie respiratoire spasmodique d'origine hépathique. *Librairie Arnette*, 1926.
- SÉE (G.). — Asthme et dyspnée. *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*.
- E. SERGENT. — Les grands syndromes respiratoires. *Fasc. I, Doin, Editeur*.
- TROUSSEAU. — Asthme. In « *Cliniques* », t. II, p. 439.
- WALTHER. — Appendicite chronique à manifestations thoraciques. *Bull. de la Société Médicale des Hôpitaux*, 6 avril 1911.
- WERTZ. — Considérations sur l'étiologie de l'asthme. *Thèse de Paris* 1911.

